

**IDENTITÉ PATIENT**

À retourner au mail suivant : [admission@clinique-maisonneuve.ch](mailto:admission@clinique-maisonneuve.ch)

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Email : \_\_\_\_\_  
Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ N° téléphone privé : \_\_\_\_\_  
État civil : \_\_\_\_\_ Sexe : H  F   
Assurance de base : \_\_\_\_\_ Assurance complémentaire : \_\_\_\_\_  
Catégorie assurance :  Privé  SP  Base N° AVS : \_\_\_\_\_  
Maladie :  Accident :   
Nom et téléphone de la personne de contact : \_\_\_\_\_  
Médecin traitant : \_\_\_\_\_  
Entrée souhaitée le : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

**HÔPITAL/CLINIQUE DE PROVENANCE**

Hôpital/Clinique de provenance : \_\_\_\_\_ Service : \_\_\_\_\_  
Médecin envoyeur : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

**Cette demande doit être validée par le médecin du patient. (Timbre du médecin envoyeur dans la case ci-dessous) :**

**Diagnostic principal:** (si intervention chirurgicale, merci de préciser la date et le type de chirurgie)

**Comorbidités et antécédents :**

**Liste des médicaments en cours (ou joindre une copie du traitement actuel)**

**Motif du séjour :**

Réadaptation gériatrique  Réadaptation musculo-squelettique  Réadaptation médecine interne/oncologie

**Situation à domicile :**

Vit seul(e) :  Oui  Non | Soins à domicile :  Oui  Non  
Famille :  Oui  Non | EMS :  Oui  Non

**Objectif en fin de séjour de réhabilitation :**

RAD seul(e)  RAD avec l'aide des proches  Autre : \_\_\_\_\_  
 RAD avec encadrement soignant  Projet EMS

**Le patient doit être capable de pouvoir adhérer au projet thérapeutique de réhabilitation afin d'atteindre ses objectifs.**

Nom et prénom du patient : \_\_\_\_\_

**Niveau actuel de dépendance :**

	Autonome	Avec stimulation	Exige de l'aide	Dépendant
Continence				
Toilette				
Habillage				
Se nourrir				

**Alimentation :**

Poids (kg) : \_\_\_\_\_ Taille (cm) : \_\_\_\_\_

Texture normale  Troubles de la déglutition

Texture spécifique  Risque de dénutrition

Alimentation artificielle  Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**Troubles cognitifs :**

Oui

Non

Si oui, précisez :  Légers

Modérés

Sévères

Type :  Désorientation TS

Risque d'agressivité

Trouble de la mémoire

Risque suicidaire

Risque de fugue (⚠ notre établissement n'est pas adapté à des patients présentant un risque de fugue).

**Mesures additionnelles (isolement) :**

Contact

Goutelette

Protecteur

**Mobilisation :**

Transferts :

Autonome

Avec l'aide d'un soignant

Sous supervision

Disque de transfert

Charge :

Totale

Partielle : \_\_\_\_\_ Kg

Décharge stricte

Atelle : \_\_\_\_\_

Si chirurgie, date du 1er lever : \_\_\_\_\_

Risque de chute :

Oui

Non

Moyens auxillaires :

CAP/Taurus

Verticalisateur/Cygogne

Releveur de jambe

Rollator

Fauteuil roulant

Si oui, précisez  Droite  Gauche

Cannes

Cadre de marche

Périmètre de marche approximatif : \_\_\_\_\_ mètres

**Equipements :**

Sonde, si oui laquelle : \_\_\_\_\_

O2, si oui précisez le débit et cible : \_\_\_\_\_

PICC Line, gripper

CPAP, aérosol

VAC

Drains, si oui précisez : \_\_\_\_\_

Matelas air

Stomie, si oui précisez : \_\_\_\_\_

**Traitement en cours :**

Chimiothérapie

Dialyse

Radiothérapie

Autre : \_\_\_\_\_

**Pansement :**

Localisation : \_\_\_\_\_

Protocole : \_\_\_\_\_

**Prochains rendez-vous médicaux planifiés :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_